Edgar Cyr…

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE

LA CELLULITE

PAR LE

Docteur **Carl MOLIN**

Médecin diplômé de la Confédération suisse
Ancien élève de l'Institut central et royal de gymnastique, à Stockholm.



GENÈVE
IMPRIMERIE ALBERT KÜNDIG

1911


22101733754

Till Vännen Edgar Cyriax
från förf.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE

LA CELLULITE

PAR LE

Docteur **Carl MOLIN**

Médecin diplômé de la Confédération suisse
Ancien élève de l'Institut central et royal de gymnastique, à Stockholm.



GENÈVE
IMPRIMERIE ALBERT KÜNDIG

1911



Introduction.

Malgré la richesse de la littérature concernant la cellulite, nous n'avons pu trouver aucun ouvrage traitant de la cellulite exclusivement et dans son ensemble. Ce sont surtout les gynécologues qui ont contribué à l'étude de la cellulite. Mais ils traitent la question presque exclusivement par rapport aux affections gynécologiques. Les traités de pathologie — à une ou deux exceptions près — ne mentionnent même pas la cellulite, et cela, selon notre opinion, à tort, vu le nombre d'erreurs de diagnostic signalées dans la littérature et commises par ignorance de cette affection.

Dans les pages suivantes, nous avons tâché de recueillir brièvement, en un résumé, le plus important de ce qui a été écrit déjà, en y ajoutant les quelques résultats que nous avons pu observer nous-même.

Mais, avant de commencer, nous tenons à présenter à notre maître, M. le Professeur Mayor, nos vifs remerciements pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner dans la rédaction de notre travail, et nous remercions de même M. le D[r] Besse pour les renseignements qu'il a eu l'obligeance de nous fournir.

Historique.

L'histoire de la cellulite ne remonte pas très haut. Dans la littérature, on la rencontre pour la première fois en 1887. Ce fut le professeur A. Wide qui en parla au congrès des médecins à Norrköping (Suède). C'est le même qui, quelques années plus tard, dans son manuel de gymnastique médicale (Handbok i medicinsk gymnastik), mentionna la cellulite en quelques lignes. On sait pourtant qu'avant cette époque, elle était déjà connue par le professeur Salin à Stockholm, qui la démontrait dans ses cliniques.

En 1891 parurent dans la revue médicale d'Hygiaea deux importantes publications détaillées concernant la cellulite. Le Dr Karolina Widerström, dans un article sur la myosite et la cellulite du fond du bassin, mentionne le fait déjà connu que ces affections ont été observées dans les muscles et dans le tissu adipeux de presque toutes les parties du corps, et donne ensuite un compte rendu de ses observations concernant leurs localisations dans le fond du bassin, inconnues jusqu'alors. L'autre publication est celle du Dr Josephson (Le traitement manuel des affections gynécologiques) et n'a rapport à la cellulite que dans son dernier chapitre : « La cellulite de la paroi abdominale ». Outre une excellente description de cette localisation particulière de la cellulite, l'auteur explique son nom et signale quelques erreurs de diagnostic.

En France la connaissance de la cellulite a été introduite par le Dr Stapfer. Dans son premier ouvrage sur la cellulite, intitulé « Cellulite et myo-cellulite localisée douloureuse, description d'une affection abdomino-pelvienne, commune et peu connue »,

il nous dit comment une Suédoise, Mlle von Schneidern, qui l'assistait dans le traitement kinésithérapique, attira son attention sur un cas de cellulite. M. Stapfer, qui ignorait jusqu'alors cette affection, l'étudia et trouva que nombre d'affections gynécologiques, qui lui avaient paru obscures, s'expliquaient par la cellulite. Le Dr Stapfer s'occupe surtout de la cellulite de la paroi abdominale et de celle du bassin. Il divise l'affection en cellulite abdominale sous-cutanée et en cellulite intra-pelvienne. Dans ses communications au congrès de Rome « cellulite-paramétrisme-fixations » et son « Traité de kinésithérapie gynécologique » on trouve encore beaucoup d'autres renseignements de grande valeur pour l'étude de la cellulite et de son traitement.

De même que dans les œuvres de Stapfer, le rapport entre les affections gynécologiques et la cellulite se trouve traité par plusieurs auteurs.

Ainsi nous trouvons dans « The medical times and register » (Boston le 20 avril 1896) une communication par le Dr Hogner, intitulée « On cellulitis or panniculitis adiposa and myitis occuring as complications to gynecological diseases ».

Le Dr Geoffroy-Saint-Hilaire, dans sa thèse sur « Des œdèmes abdomino-pelviens en gynécologie (présclérose » (Paris 1898), nous apprend qu'il a reproduit expérimentalement des œdèmes pelviens, et étudié l'histologie de plusieurs pièces enlevées au cours d'opérations chirurgicales. Il appelle la cellulite une « présclérose ».

En 1899 parut « De la panniculite en gynécologie », par le Dr Léon Colmaire (thèse de Paris). Il nous donne une étude très détaillée sur la cellulite sous-cutanée de la paroi abdominale.

D'autres auteurs parlent de la cellulite à propos du rhumatisme musculaire ou des myosites. M. A. Kjellberg, cand. med. (Stockholm), a publié en 1898 un travail « Om myiter och celluliter på bålen » (Des myosites et des cellulites du tronc), basé sur une statistique de 350 cas de myosites et de cellulites.

En 1900, dans sa thèse (Paris), intitulée « Contributions à l'étude du rhumatisme musculaire », le Dr Krikortz consacre un chapitre à la cellulite qu'il considère comme une localisation spéciale du rhumatisme musculaire.

Pour le Dr Wetterwald, dans son travail « Les névralgies » (Paris 1910), le rhumatisme musculaire et les névralgies sont des formes de cellulite.

Enfin d'autres communications sur la cellulite se rattachent à ses réflexes nerveux. Le Dr von Alfthan, de Helsingfors, nous donne, dans la revue « Tidskrift i Gymnastik » (Stockholm 1901), un exposé très intéressant de ses observations sur le rapport entre l'angine de poitrine et les cellulites et myosites de la paroi thoracique. L'article est intitulé « Om angina pectoris » (De l'angine de poitrine).

Outre le manuel de gymnastique médicale de Wide, que nous avons cité ci-dessus, nous trouvons la cellulite mentionnée dans quelques autres traités didactiques.

Ainsi la cellulite sous-cutanée a été décrite en quelques lignes dans « Anteckningar i Sjukdomslära (Précis de pathologie), par le Dr Arvedson (Stockholm 1904), et dans un manuel de massage et de gymnastique médicale « Lärobok för Massörer och Sjukgymnaster », par M. Ernst Jacobsson, G. D. (Stockholm 1906).

Le Dr Ombrédanne donne la description de la cellulite péritendineuse dans le IXme fascicule du « Nouveau traité de chirurgie », publié sous la direction de MM. Le Dentu et Delbet (Paris 1907). L'auteur appelle cette forme de la cellulite la ténocellulite.

Enfin le journal des praticiens de 1900 possède dans son numéro de juillet une petite monographie sur la cellulite sous-cutanée, intitulée « De la panniculite » et écrite par le Dr Kjellberg.

———

Définition.

On a appelé cellulite certaines modifications pathologiques dont l'anatomie pathologique est encore peu connue et qui concernent :

1° le tissu cellulaire sous-cutané (le pannicule adipeux),

2° le tissu cellulaire des organes intra-pelviens, et

3° le tissu cellulaire des gaines péri-tendineuses

et qui sont caractérisées par des inflammations, indurations, infiltrations ou œdèmes, qui sont dans la règle très douloureux, et particulièrement très sensibles à la pression et au pincement.

Au début, on entendait par cellulite seulement la forme sous-cutanée. Depuis que le Dr Widerström a démontré que les mêmes altérations ont été observées dans les organes du bassin, le nom de cellulite inclut aussi la forme intra-pelvienne. Quant à la cellulite péri-tendineuse, ce n'est guère que tout dernièrement, par le « Nouveau traité de chirurgie », que sa connaissance a été plus répandue.

Il existe certainement une affinité entre la cellulite et la myosite, et peut-être l'avenir montrera-t-il que ces deux affections ne sont que deux localisations particulières d'un même principe morbide. Nous croyons cependant qu'il est préférable et justifié de les distinguer l'une de l'autre.

Nom.

Déjà les auteurs qui, les premiers, ont parlé de la cellulite, semblent vouloir, pour ainsi dire, s'excuser de ce nom de *cellulite*, qui peut prêter à confusion. Comme le dit le Dr Josephson, le nom fait penser à un phlegmon, qui n'est nullement l'affection visée par cette dénomination. Ensuite la terminaison *ite* indique un processus inflammatoire, et il est peu vraisemblable que la cellulite en soit toujours un.

Plusieurs auteurs, entre autres Hogner, Kjellberg, Colmaire, ont proposé *panniculite*, nom qui ne vaut guère mieux et qui ne peut s'appliquer qu'à la cellulite sous-cutanée. Le nom de *cellulitide* a aussi été proposé et employé pour les cas où il n'y a pas d'inflammation. Dans la pratique, il serait fort difficile, du moins pour les cas chroniques, de trancher la question si l'on a affaire avec une cellulite ou une cellulitide.

En outre, le nom de cellulite est déjà devenu classique — Krikortz et d'autres auteurs l'ont bien confirmé — mieux vaut donc garder ce nom déjà adopté.

Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique de la cellulite est encore peu connue. La cause principale en est la difficulté d'avoir le matériel pour les recherches anatomiques. Colmaire écrivait en 1899 :

« Cette maladie est d'un pronostic fort bénin au point de vue de la vie de l'individu qui en est atteint. On ne meurt pas de panniculite comme on meurt de pneumonie, d'une affection cardiaque. C'est une affection fort ennuyeuse, mais parfaitement compatible avec la vie. De plus, bien traitée, elle disparaît sans laisser de traces, dans la plupart des cas. Ces raisons expliquent que ceux qui la recherchent et la traitent n'ont que rarement occasion de l'observer après la mort.

« Cette affection étant souvent inconnue pendant la vie, lorsque le malade meurt d'une maladie intercurrente on ne pense pas à la rechercher à l'autopsie.

« Elle est habituellement caractérisée par un signe essentiellement subjectif : la douleur, qui disparaît avec l'individu; d'un autre côté, elle dépend vraisemblablement d'un trouble circulatoire qui produit l'œdème. Après la mort, la circulation cessant, les œdèmes s'altèrent rapidement et peuvent disparaître ou se localiser aux endroits déclives; d'autre part les grains douloureux, durs lorsqu'ils existent, peuvent se dissocier, se ramollir, de sorte que, dans la plupart des cas, les signes matériels se réduisent à néant. »

Colmaire propose ensuite l'examen biopsique, par exemple en examinant un lobe de pannicule enlevé au cours d'une lapa-

rotomie, mais il se montre un peu sceptique même vis-à-vis de la biopsie.

Stapfer, qui, au début (Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1893), exprimait le doute que l'anatomie pathologique de la cellulite ne serait peut-être jamais connue, montre, dans son traité de Kinésithérapie gynécologique, un peu plus d'espoir. Il n'est nullement convaincu que les lésions qu'entraîne la cellulite disparaissent avec la mort. Il cite les paroles suivantes d'Aran : « On trouve fort souvent, dans l'anneau celluleux qui embrasse le col de l'utérus, plus rarement dans les ligaments larges, des épaississements et indurations, qui peuvent, après la mort, perdre de leur consistance au point qu'il est difficile de les découvrir. Ce sont des infiltrations de lymphe plastique, ou de sérosité déposée dans les mailles, ou de simples indurations avec noyaux fibro-plastiques. »

Après la publication de son traité, Stapfer a continué ses recherches et il les résume ainsi [1] : « Le caractère anatomo-pathologique commun des cellulites est la dilatation des veines et le resserrement des artères, altérées ou non, avec infiltration ambiante, diffuse ou localisée, puis épaississement du tissu conjonctif formant des tuméfactions de volume variable depuis une tête de fœtus jusqu'à un grain de riz. La cellulite aboutit à la sclérose. C'est une présclérose. »

Geoffroy-Saint-Hilaire et Wetterwald mentionnent des observations et des expériences faites au cours d'autopsies et de biopsies de tumeurs enlevées dans des opérations chirurgicales. Les plus importantes sont peut-être les recherches anatomo-pathologiques de Dercum dans plusieurs cas de « la maladie de Dercum » ou « Adipose douloureuse ». Plusieurs de ces cas sont sans doute des cellulites. Les procès-verbaux d'autopsie signalent constamment des lésions de névrite interstitielle au niveau

[1] Voir : Wetterwald, *Les névralgies*

des filaments nerveux inclus dans les masses adipeuses sous-cutanées; ces dernières renferment également des ganglions hémolymphatiques, montrant sur une coupe des vaisseaux sanguins au milieu d'un tissu réticulaire et des cellules lymphatiques [1]. Dans un cas d'adipose douloureuse, Collins, de Philadelphie, a trouvé, dans l'examen histologique, l'hyperplasie conjonctive, avec infiltration graisseuse des cellules conjonctives. Il est bien probable, sinon certain, que ce cas d'adipose douloureuse est identique à la cellulite.

Nous voyons donc que, même si l'anatomie de la cellulite est encore obscure, les recherches, que l'on a déjà faites, ne sont point sans avoir donné quelques résultats, et il y a certainement lieu de croire que cette question sera un jour résolue.

[1] Semaine médicale, 1903, N° 5 ; WETTERWALD : *Les névralgies*, page 38.

Etiologie.

Si l'anatomie pathologique de la cellulite est peu éclairée, son étiologie l'est encore moins. Nous ne sommes guère aujourd'hui plus avancés qu'il y a vingt ans.

Le premier exposé étiologique, que l'on rencontre dans la littérature, est écrit par Josephson dans son travail sur « Le traitement manuel des affections gynécologiques » (1891). Il suppose des causes générales et locales : générales dans les cas où la cellulite est distribuée sur presque toute la superficie du corps. Admettre comme cause générale le refroidissement, c'est, selon lui, se tirer aisément d'affaire, et il n'y attribue qu'une importance secondaire. Il suppose dans ces cas une anomalie du système vasomoteur.

Par contre, pour la cellulite locale, il admet que le refroidissement peut jouer un certain rôle.

En ce qui concerne particulièrement la cellulite de la paroi abdominale (dans son mémoire il laisse de côté les autres cellulites) il la trouve favorisée : 1° par la pression du corset ou des rubans des jupes. La circulation dans la peau est alors entravée par la pression contre le squelette, et l'œdème se forme plus facilement que quand la circulation est libre. 2° Par l'insuffisance des vêtements de dessous (refroidissement). 3° Par la grossesse. Ici c'est l'extension du ventre et l'effort pendant l'accouchement qui semblent prédisposer la paroi abdominale à la cellulite. Josephson a vu se produire des cellulites peu de temps après l'accouchement, dans des cas où elles n'existaient pas auparavant, si ce n'est sous une forme latente.

Toutes ces causes expliqueraient pourquoi cette affection est plus commune chez la femme que chez l'homme; mais il faut tenir compte du fait que, quel que soit le lieu où elle se manifeste, on la trouve plus souvent chez la femme.

Cependant Josephson conclut qu'il doit y avoir d'autres causes que celles que nous avons mentionnées, car il a trouvé des cellulites : *1°* chez des femmes qui ne se sont jamais serrées et dont les jupes ont été fixées par des boutons; *2°* chez des femmes qui ont toujours porté des dessous en laine; *3°* chez des nullipares, quoique assez rarement.

En outre, il faut qu'il y ait une cause au fait que la cellulite ne se forme pas chez des femmes, chez lesquelles pourtant une ou même les trois causes mentionnées ci-dessus existent. La vraie cause doit donc être autre. Mais laquelle ? Josephson admet que la surcharge adipeuse facilite incontestablement le développement de la cellulite. Cela s'explique par une entrave légère à la circulation en pareilles circonstances. Mais, dit-il, le plus haut degré d'obésité peut exister sans traces de cellulite.

En résumé, nous avons vu que Josephson admet comme cause:

1° le refroidissement;

2° une circulation entravée, et

3° l'obésité,

mais qu'aucune des trois ne peut être considérée comme suffisante et qu'il faut admettre une autre cause encore inconnue. Il admet comme plus admissible :

4° un trouble vaso-moteur.

Aux théories de Josephson peu de chose a été ajouté.

Kjellberg accuse l'infection et le traumatisme; Wetterwald l'hérédité.

Quelques auteurs cherchent à démontrer que la cellulite, même la forme sous-cutanée (ils ne parlent pas de la cellulite péritendineuse) provient d'une affection des organes génitaux de la femme, particulièrement des annexes. Admettons que cela

soit le cas, quelquefois, de la cellulite intra-pelvienne; mais pour la forme sous-cutanée, cette théorie ne nous paraît pas admissible, vu sa grande fréquence aussi chez les hommes.

La cellulite péri-tendineuse survient souvent après un effort considérable et prolongé, une longue marche, par exemple. (Ombrédanne).

Avant que nous quittions la question de l'étiologie de la cellulite, qu'il nous soit permis d'exposer en quelques mots ce que notre propre expérience nous a permis de constater.

Le plus souvent, nous n'avons pu déterminer la cause, mais parmi les cas où cela nous a été possible, c'est au refroidissement que, dans la grande majorité des cas, on doit attribuer la cellulite ou du moins ses symptômes subjectifs, dans le cas où elle aurait existé avant, d'une façon latente.

Nous avons souvent vu se développer une cellulite assez généralisée après une inactivité musculaire forcée et prolongée, ainsi, par exemple, après des fractures. Chez une malade qui, depuis très longtemps, souffrait d'un rhumatisme articulaire et qu'une ankylose presque complète des deux articulations coxo-fémorales avait empêché de marcher les douze dernières années, nous avons trouvé des cellulites sous-cutanées étendues sur tout le corps, même le front et la figure.

Nous avons pu enfin constater des cas où l'hérédité a joué un rôle important. Un exemple assez éloquent nous est donné par une famille, dont la mère souffrait beaucoup de la cellulite : Nous avons trouvé des cellulites très nettes chez tous ses enfants, un fils de onze ans et quatre filles de seize à dix-neuf ans.

Divisions et formes.

A. Il ressort déjà de notre définition que du point de vue du *siège anatomique*, la cellulite se divise en trois formes : cellulite sous-cutanée, intra-pelvienne et péri-tendineuse.

1. La *cellulite sous-cutanée* est la plus fréquente. Elle peut être :

a) générale si elle est étendue sur de grandes parties du corps, ou bien :

b) localisée.

Elle peut se locvaliser sur n'importe quelle partie du corps. Contrairement à l'avis de quelques gynécologues qui considèrent la cellulite de la paroi abdominale comme la plus fréquente, cela ne nous semble pas être le cas, mais il est très facile de comprendre d'abord que les cellulites sous-cutanées qui se présentent au gynécologue sont le plus souvent celles de la paroi abdominale, qui, comme nous le verrons plus loin, simulent souvent diverses affections gynécologiques, et ensuite que l'examen bimanuel du gynécologue rend sensibles et fait ainsi découvrir les cellulites qui se trouvent dans la paroi abdominale. Selon nos observations, la cellulite de la paroi abdominale est bien moins fréquente que la cellulite de la face interne des cuisses et de la face postérieure du bras. Les localisations les plus rares de la cellulite sont celles sur les mains et sur les pieds, sur la figure et sur le front, mais on en a signalé aussi à ces endroits, et nous avons eu nous-même l'occasion d'en constater plus d'une fois.

Sur le tronc, les localisations les plus communes sont la

partie antérieure et les faces latérales du thorax, l'épigastre, le pourtour de l'ombilic et toute la partie inférieure du ventre.

Sur les extrémités, la cellulite occupe de préférence la face postérieure du bras, l'épaule, les régions fessières, les faces antérieures et intérieures de la cuisse, la face interne du genou, le mollet et tout le tour du bas de la jambe.

Sur la tête le plus souvent elle apparaît sur la nuque et le cuir chevelu.

II. La *cellulite intra-pelvienne.*

Découverte par Mlle Widerström et décrite en premier lieu par elle, la cellulite intra-pelvienne a inspiré de l'intérêt à un grand nombre de gynécologues, et Stapfer en a fait une description magistrale. Il la divise, d'après sa localisation, en :

a) cellulite de la face postérieure de l'utérus,

b) cellulite péri-ovarienne et péri-salpingienne,

c) cellulite intra-ligamentaire et

d) cellulite pariétale sacro-iliaque et du plancher.

III. La *cellulite péri-tendineuse.*

On a observé la cellulite péri-tendineuse au tendon radial du biceps, au dos du pied, autour des tendons extenseurs des orteils; mais la plupart des observations ont trait soit au tendon d'Achille, soit aux tendons des muscles de la région antérieure de la jambe (Ombrédanne).

B. L'*apparition* de la cellulite peut être :

I) aiguë;

II) subaiguë;

III) chronique;

IV) latente.

Les formes chroniques et subaiguës sont de beaucoup les plus connues. La cellulite aiguë est peut-être plus fréquente que l'on ne le croit, mais paraît souvent être méconnue. Quant à la forme latente, elle n'est pas sans importance, et cela particulièrement dans la mécanothérapie. Une cellulite latente, qui se

trouve sur une partie du corps traitée par le massage, et qui jusqu'alors n'avait point donné de symptômes, peut subitement en présenter de très alarmants, surtout si le massage a été trop énergique.

C. Selon sa *consistance,* la cellulite est divisée en :

I) œdémateuse et

II) scléreuse.

La *cellulite scléreuse* apparaît sous trois formes :

a) cellulite en plastron ou en gâteau;

b) cellulite affectant la forme de nodosité;

c) cellulite granuleuse.

La description de ces différentes formes se trouvera dans le chapitre des symptômes objectifs. Il est très probable que toutes les cellulites sont au début de forme œdémateuse, pour devenir peu à peu scléreuses, si elles n'ont pas été guéries.

Symptomatologie et marche.

Les symptômes de la cellulite sont multiples et très variables. dépendant du degré et du siège de l'affection. Ils sont subjectifs et objectifs.

A. *Symptômes subjectifs.*

Les symptômes subjectifs sont : la douleur, des paresthésies, des troubles fonctionnels et des troubles psychiques.

I. La douleur.

Elle est spontanée ou provoquée.

La douleur spontanée est tantôt une douleur proprement dite, qui rappelle la douleur d'une névralgie; tantôt elle est une sensation de fatigue ou de pesanteur dans la partie malade. Souvent la douleur n'est pas limitée à l'endroit où se trouve la cellulite, mais peut s'irradier dans les parties voisines. Ainsi, par exemple, la cellulite de la paroi abdominale peut donner lieu à des douleurs dans le bassin. Des cellulites sur le haut du bras provoquent souvent des douleurs, non seulement dans la région de leur localisation, mais aussi dans l'avant-bras, la main et les doigts. Les cellulites de la région fessière peuvent causer des douleurs dans tout le membre inférieur, etc.

La douleur provoquée est facile à mettre en évidence en exerçant une certaine pression sur la cellulite, ou encore mieux en faisant un pli à la peau et en la tiraillant légèrement. Lorsque les doigts saisissent un noyau de cellulite, le malade éprouve une douleur, le plus souvent extrêmement aiguë et que les malades en général comparent à des piqûres d'épingles. Il est assez facile de constater qu'il ne s'agit pas ici d'un « pinçon » ordinaire. Le haut degré de la douleur et son effet sur les malades ne sont pas en rapport avec le peu de force employée. Un petit

pincement fait quelquefois pousser de hauts cris et monter les larmes aux yeux. D'ailleurs, si l'on fait une contre-expérience avec une partie du corps indemne de cellulite, le malade n'accuse aucune douleur. Quelquefois, et surtout dans les formes aiguës et subaiguës, l'hypéresthésie est si intense que les malades ne supportent pas même la pression des habits.

La douleur peut aussi être provoquée par les mouvements de la partie malade.

La douleur provoquée peut donc varier d'intensité, mais elle existe toujours.

II. Les paresthésies, qu'amène la cellulite, consistent le plus souvent en fourmillements, engourdissements, sensation de doigt mort, picotement et raideur. Dans les cas aigus et subaigus, les sensations de brûlure et de cuisson sont assez fréquentes. On trouve de la cryesthésie plutôt dans les formes chroniques, et localisées particulièrement autour du genou.

III. Parmi *les troubles fonctionnels,* mentionnons d'abord le fait que la cellulite diminue d'une façon générale l'activité des muscles sous-jacents : le malade éprouve une fatigue ou une lassitude musculaire qui le rendent peu disposé à exécuter des mouvements avec la partie du corps affectée. Souvent c'est la douleur provoquée par le mouvement qui entrave l'action musculaire.

En particulier on a observé (Josephson, von Alfthan) que les cellulites de la paroi thoracique peuvent provoquer de la difficulté à respirer; von Alfthan a même vu des cas où les malades présentaient les symptômes typiques de l'angine de poitrine. Ces symptômes ont disparu avec la guérison des cellulites thoraciques. Nous avons eu l'occasion, nous-même, d'observer des cas où des malades, qui se plaignaient de crises de dyspnée répétées, en ont été guéris après la disparition des cellulites.

La faculté de locomotion peut être grandement lésée. Les cellulites, soit de la paroi abdominale, soit intra-pelviennes, peu-

vent rendre la marche impossible et la station debout intolérable (Colmaire). Widerström a souvent vu la cellulite intra-pelvienne ne permettre à la malade de rester assise que sur une fesse. Les cellulites péri-tendineuses du tendon d'Achille et des tendons des muscles antérieurs de la jambe peuvent rendre la marche très douloureuse ou même impossible.

Parmi les troubles fonctionnels citons encore les défécations douloureuses en certains cas de cellulites intra-pelviennes et — ce qui est encore plus commun — la difficulté qu'éprouve la malade, dans ces cas, de pousser (Widerström).

IV. Il ne faut pas oublier, parmi les symptômes subjectifs, certains *effets psychiques,* cités pour la première fois par Josephson. Les cellulites sous-cutanées du thorax occasionnent souvent une inquiétude et une anxiété particulières. On a spécialement observé que la sensation que produit la cellulite localisée dans la région du cœur, plonge le malade dans la mélancolie.

B. *Symptômes objectifs.*

I. Parmi les symptômes objectifs nous avons tout d'abord *les modifications du tissu cellulaire, perceptibles à la palpation.* Ces symptômes diffèrent selon la consistance de la cellulite. Dans la forme œdémateuse, la palpation relève toujours la perte d'élasticité de la peau, symptôme caractéristique de la cellulite. On peut s'en rendre compte soit par une palpation directe, soit en faisant un pli à la peau qui comprenne le tissu cellulo-adipeux sous-jacent. S'il y a cellulite, ce pli est quelquefois mou et pâteux, d'autres fois dur et résistant, mais toujours sans l'élasticité normale de la peau. Sans doute, dans beaucoup de cas, il faut avoir une grande habitude pour reconnaître cette sensation, mais une fois cette habitude acquise, elle est très facile à constater.

La forme scléreuse est plus facile à reconnaître. Quelquefois

on trouve une masse plus ou moins étendue et cohérente, d'une épaisseur à peu près égale, uniformément dure et peu élastique : c'est la cellulite dite en plastron ou en gâteau. D'autres fois elle consiste en nodosités plus ou moins sphériques, isolées, et d'une grosseur variable depuis celle d'un grain de riz jusqu'à celle d'une noix. Une troisième forme, la forme granuleuse, se présente comme une agglomération serrée de petits grains très durs.

Toutes ces altérations du tissu cellulaire ont pour caractère commun une sensibilité particulièrement prononcée à la pression (voir plus haut les symptômes subjectifs). Ces modifications sont constantes sous une forme ou sous une autre. Les symptômes qui suivent sont moins constants.

II. Un certain degré de *dermographisme* distingue souvent la partie de la peau atteinte de cellulite. Si l'on exerce un léger frottement, on observe presque aussitôt que les endroits correspondants aux cellulites rougissent, tandis que les parties indemnes gardent leur couleur ordinaire.

III. Une disposition à l'apparition facile d'ecchymose accompagne souvent la cellulite, surtout dans les cas manifestes. Il ne faut souvent qu'une pression insignifiante ou un très petit pincement pour produire d'assez fortes ecchymoses.

IV. La *chaleur* a été citée parmi les symptômes de la cellulite. Une élévation perceptible de la température a été observée par Wide dans des cas de cellulite sous-cutanée. Stapfer en a signalé dans la forme intra-pelvienne.

La marche de la cellulite est en général très lente. L'affection peut durer des mois et des années, et présenter des variations d'intensité. Les cas qui surviennent subitement, pour disparaître aussi rapidement, même sans aucun traitement, sont rares. Kjellberg cite un cas de cellulite de la paroi abdominale qui lui avait été adressé : Quand il vit le malade quelques jours après, tout symptôme de cellulite avait disparu.

Diagnostic.

A. *Diagnostic pathognomonique.*

Ce sont les modifications palpables et douloureuses que nous avons décrites parmi les symptômes, qui constituent les signes diagnostiques de la cellulite. Ces symptômes sont si caractéristiques, une fois qu'on les connaît, qu'ils sont suffisants pour imposer le diagnostic.

B. *Diagnostic différentiel.*

Tous les auteurs qui ont décrit ou mentionné la cellulite semblent d'accord pour admettre qu'elle simule un grand nombre de maladies; en effet, on a déjà signalé un bon nombre de cas où la cellulite a causé des erreurs de diagnostic. Nous allons mentionner ici les maladies qui ont été le plus souvent confondues avec la cellulite.

Il est tout naturel que la cellulite soit prise pour du *rhumatisme musculaire,* les symptômes subjectifs des deux affections étant très semblables. La différence consiste en leur localisation dans des couches différentes. Par un pli ne comprenant que la peau et la graisse, on distinguera facilement si l'affection est située dans la peau ou dans les muscles sous-jacents.

Les *tophus goutteux* se distinguent des noyaux de cellulite par l'absence de douleurs et par les accès de goutte antérieurs.

Les *lipomes* se distinguent également par leur indolence. Ils

sont d'ailleurs en général plus nettement limités que les noyaux cellulitiques.

Plusieurs *névralgies* peuvent être confondues avec la cellulite — tout particulièrement la sciatique, les névralgies intercostales et la névralgie radiale. Ici la palpation fait facilement découvrir la cellulite. Les points douloureux bien localisés des différentes névralgies manquent.

Nous avons vu des cas de cellulite pris pour une *névrite*. Les névrites sont en général faciles à reconnaître par la localisation de la douleur le long du nerf ou par son irradiation dans le territoire où se distribue le nerf; souvent aussi par la concomitance des phénomènes paralytiques dans les muscles.

Plusieurs auteurs ont montré comment les cellulites de la paroi thoracique peuvent simuler des *affections cardiaques*. L'absence de signes stéthoscopiques au cœur, l'absence de stase pulmonaire et d'autres troubles circulatoires les excluent.

Il nous semble plus difficile de distinguer certains cas de cellulite thoracique de l'*angine de poitrine*, v. Alfthan ayant démontré, comme nous l'avons déjà dit ci-dessus, que cette localisation de la cellulite peut donner des symptômes typiques de l'angine de poitrine. Ce sont également ici les lésions du cœur et des vaisseaux, si elles sont perceptibles, qui doivent faire faire le diagnostic.

La cellulite de la paroi thoracique peut encore faire croire a une *pleurésie sèche*, qui s'en distingue par les signes de frottement, la déformation thoracique, etc.

La cellulite de la paroi abdominale prête à confusion avec plusieurs affections de l'appareil digestif : la *dyspepsie*, la *colique hépathique*, la *péritonite* et l'*appendicite* sont toutes citées par plusieurs auteurs. Toutes ces affections ayant des symptômes pathognomoniques très nets, nous nous bornons à constater la nécessité d'examiner minutieusement le tissu cellulaire de la paroi abdominale dans les cas douteux.

Nombre de cas de cellulites de la paroi abdominale et de cellulites intra-pelviennes ont été pris pour diverses *affections des organes génitaux de la femme, oophorites, salpingites, métrites, paramétrites,* etc. Beaucoup d'auteurs l'ont constaté (Salin, Josephson, Stapfer, Delassus, Colmaire, Wide, Krikortz et d'autres). Pour le diagnostic de ces affections, qui n'est guère possible qu'aux spécialistes, nous renvoyons aux œuvres de Stapfer.

Pronostic.

Le pronostic de la cellulite est toujours bon en ce qui concerne la vie, et, bien soignée, elle guérit soit définitivement, soit momentanément. Certes, il y a des cas très rebelles et qui récidivent facilement, mais si l'on a soin de ne pas cesser le traitement aussitôt que les symptômes subjectifs ont disparu, mais de le continuer encore quelques temps (une ou quelques semaines, selon les cas), les récidives se font en général attendre très longtemps, et s'il y en a une, elle est de courte durée si l'on agit à temps.

Si la cellulite est abandonnée à elle-même, ces symptômes s'aggravent en général, et il n'est point rare de trouver des cas où la marche est devenue impossible depuis des années et les souffrances presque perpétuelles.

Traitement.

Le traitement de la cellulite sous-cutanée consiste principalement en *kinésithérapie.*

Dans quelques légers cas de cellulite aiguë ou subaiguë que nous avons observés, les douleurs et les paresthésies ont disparu par le traitement à l'*aspirine* et, localement, à la *teinture d'iode.*

Dans quelques cas de fortes douleurs spontanées, nous avons constaté que les *bains chauds* ont diminué les souffrances, mais le soulagement a été de courte durée (quelques heures après chaque bain).

La kinésithérapie consiste en *mouvements actifs* et en *mouvements passifs*, y inclu le massage. Quant aux mouvements actifs, nous entendons par ce mot non seulement des mouvements locaux avec résistance correspondant aux parties du corps atteintes de cellulite, mais aussi une gymnastique générale, la marche en plein air, l'équitation, etc., selon les circonstances.

Le massage est, selon tous les auteurs, le traitement essentiel contre la cellulite sous-cutanée.

Vu la grande sensibilité de la cellulite, il faut entreprendre le traitement au massage avec circonspection. Il ne suffit pas de prendre en considération la douleur qu'éprouve le malade au moment du massage, mais il faut bien se souvenir que l'effet de la réaction du massage se porte sur les jours suivants et qu'un massage qui, pourtant, est bien loin d'être brutal, peut cependant, s'il est trop énergique, rendre la cellulite si douloureuse au toucher que le massage doit être interrompu pendant quelques jours, ce qui retarde la guérison. Il ne faut pas oublier

non plus la grande disposition de la cellulite à des ecchymoses. En règle générale, il s'agit donc de commencer le massage avec une grande prudence, et l'on augmentera la force seulement à mesure que la sensibilité diminuera.

Si l'on a diagnostiqué la cellulite, on cherche les points douloureux et on tâche de les trouver tous, si possible, pour ne pas perdre de temps. Néanmoins il arrive très souvent qu'un certain nombre de noyaux sont si bien dissimulés dans une induration étendue, que ce n'est qu'après plusieurs séances de massage du « plastron » que l'on découvre les nodosités.

La *technique* est un peu différente sur les diverses parties du corps. Aux endroits où l'on ne peut pas faire un pli à la peau, il faut appliquer sur la partie malade toute la face palmaire de la main, ou bien la paume ou même seulement la face des quatre doigts réunis, et exécuter *de petits mouvements circulatoires* en ayant soin de faire suivre la partie de la peau contre laquelle la main est appliquée. La partie malade est ainsi légèrement tiraillée dans tous les sens et simultanément pressée contre les tissus sous-jacents (muscles, côtes, crâne, etc). Après quelques séances, l'induration a diminué en consistance suffisamment pour permettre, sur presque toutes les parties du corps (excepté peut-être le crâne), d'y faire un pli.

On commence alors le *pétrissage* ou la *malaxation;* ce traitement doit être fait dès le début quand les circonstances le permettent. Voici les manipulations : On fait un pli à la peau, qui comprenne le pannicule, en la saisissant soit avec chacune des deux mains entre les trois doigts et le pouce, soit, s'il est possible, entre la paume ou le bord cubital des deux mains. Après avoir pétri, malaxé ce pli avec les deux mains, on fait de même avec un second, un troisième, etc., jusqu'à ce que toute la région affectée y soit passée. Ce pétrissage alterne avec des *frictions circulaires* et de l'*effleurage*.

Quant à *la durée* de chaque séance, elle doit être très courte

au début, tout au plus quelques minutes pour chaque petite partie malade, pour augmenter légèrement à mesure que la sensibilité diminue. Les séances doivent être quotidiennes; mais si la sensibilité s'exagère, il est avantageux de suspendre le traitement pendant un jour. La *durée totale* d'un traitement est impossible à fixer dès le début. Un cas qui paraissait simple au premier abord peut exiger plus de temps pour guérir qu'on ne le croyait au début. Le traitement peut durer de quelques jours à quelques mois.

Contre la *cellulite intra-pelvienne* on emploie les effleurages et les *vibrations* et les *frictions circulaires.* Ce massage est presque toujours bi-manuel, l'index d'une main étant introduit soit dans le rectum, soit dans le vagin, et les doigts de l'autre main appuyant contre la face inférieure du plancher ou bien contre la paroi abdominale. Ce traitement est bien décrit en détails par le Dr Widerström et le Dr Stapfer. C'est une application du traitement de Thure Brandt et je renvoie à ces auteurs, ce massage étant la spécialité des gynécologues.

Comme *traitement contre la cellulite péri-tendineuse,* le Dr Ombrédanne recommande, à la période d'état, lorsque la région tendineuse est encore douloureuse, le *repos,* un peu de *révulsion* avec la *teinture d'iode* et la *compression ouatée.* Seulement plus tard un *massage* prudent. Pourtant nous avons obtenu de bons résultats en très peu de temps avec le *massage dès le début.* Ce massage est très simple : alternativement de l'*effleurage* et des *frictions circulaires.*

Observations.

Il existe déjà dans la littérature un grand nombre d'observations concernant la cellulite. Nous en citerons ci-dessous un petit choix, auxquels nous en ajouterons quelques autres faites par nous-même.

Observation I. (Professeur Salin, publiée par Josephson).

La malade, âgée de 36 ans, me consulta pour la première fois le 26 octobre 1880. Elle éprouvait depuis 4 ans de violentes douleurs du ventre. Très fréquentes, les crises douloureuses duraient d'un à quinze jours. Prise par une inflammation péritonéale, elles furent traitées par l'immobilité et la morphine. Les mouvements augmentaient les douleurs, ce qui rendait la malade quasiment invalide, très nerveuse et altérait la nutrition. En l'explorant on ne trouvait rien d'anormal, sinon une paroi abdominale dure et très sensible. On pratiqua le massage, d'abord douloureux. On le continua pendant deux mois, et la malade se rétablit complètement. Plus tard elle eut une récidive légère dont le massage triompha aisément.

Observation II. (Professeur Salin, publiée par Josephson).

La malade, âgée de 30 ans, mariée, consulta le professeur Salin le 17 novembre 1880. Après son premier accouchement normal, elle avait éprouvé des douleurs, surtout à gauche du ventre. On la traita pour une oophorite, mais rien, pas même le massage gynécologique, ne l'améliorait. Par l'exploration on trouvait les organes génitaux normaux, excepté une légère augmentation de volume et un catarrhe de l'utérus sans importance. Mais le tissu adipeux du bas-ventre était considérablement épaissi et d'une extrême sensibilité. Après un traitement de quelque durée par le massage, les douleurs

disparurent. Depuis elles sont revenues, mais rarement, et alors le massage en venait facilement à bout.

Observation III. (Le Dr Josephson).

La femme, d'une vingtaine d'années, mariée, est accouchée il y a vingt mois. Elle est malade depuis six semaines; vomissements et douleurs de ventre. Le médecin qui l'a traitée a diagnostiqué une colique hépatique. La malade n'avait pas d'ictère et on n'a jamais trouvé de calculs biliaires. Elle a eu de légères crises simulant les coliques hépatiques et de continuelles douleurs avec sensibilité à la moindre pression du ventre et sensation constante de fatigue. Par l'examen, le 4 décembre 1890, je trouvai, à gauche et au-dessus du nombril, une cellulite qui s'étendait sur la surface d'une main et, à droite, une autre moins étendue. L'utérus était en rétroversion et l'exploration très difficile à cause de l'épaisseur et de la sensibilité des parois abdominales. J'ai fait le massage pendant trois semaines; passé ce temps les douleurs, spontanées et à la pression, et la sensation de fatigue ont disparu. Dans ce cas la cellulite était probablement aiguë.

Observation IV. (Josephson).

La malade, âgée de 26 ans, mariée, avait eu une endométrite que j'avais soignée depuis le commencement de 1890, jusqu'au 13 mai, époque du rétablissement. A cette époque, pas trace de cellulite. Le 8 septembre, elle revenait, se plaignant de souffrir du ventre, à droite. Cette douleur, apparue trois mois auparavant, à la suite d'un refroidissement, persiste depuis cette époque. Je constatai une cellulite légère à droite du ventre. Après l'avoir massée, je la priai de venir à ma clinique quelques jours plus tard, dans l'intention de la montrer à un gynécologue allemand. Elle vint, mais la cellulite n'existait plus, et, comme je recherchais la cause de cette disparition, la malade raconta qu'elle s'était massée elle-même deux fois par jour, parce que mon unique massage l'avait soulagée. Aucune douleur ni spontanée, ni à la pression.

Observation V. (Le Dr Josephson).

Malade âgée de 24 ans, soignée en mars 1889, pour un avortement. A cette époque, aucune trace de cellulite. Accouchement le 12

avril 1891. Pas de fièvre puerpérale. Quinze jours après son accouchement, elle se plaint de douleur au côté droit sans que je puisse sentir aucun exsudat. Repos absolu pendant une semaine encore. En l'explorant à nouveau, je trouve que la paramétrite soupçonnée était une cellulite légère de la moitié droite de la paroi abdominale.

Observation VI. (Josephson).

Malade âgée de 37 ans. Deux enfants, le dernier il y a neuf ans. Lors du dernier accouchement, terminé par les instruments, le périnée a été déchiré et probablement aussi l'anus. Dès lors, douleurs pendant les évacuations. Il y a deux ans, avortement suivi d'une inflammation très tenace du bas-ventre. Santé assez bonne jusqu'à l'été 1890, elle souffre alors d'une cystite avec urétrite, et d'une fissure avec contraction de l'anus. En outre, elle avait un reste d'exsudat qui fixait l'utérus en rétroflexion. Elle n'avait pas alors de douleur au fond du bassin en s'asseyant.

Après un séjour au lit pendant deux mois, l'affection vésicale et intestinale disparut. Je n'avais pas traité le reste d'exsudat. C'est alors que la malade commença à souffrir pendant la station assise prolongée. Douleurs très violentes. Elle me fit chercher le 31 janvier 1891. Je constatai de la myosite au niveau de l'attache des muscles à l'os sacrum et je la massai pendant quelque temps sans aucun résultat, quand la malade me dit qu'elle devait avoir son origine au fond du bassin. J'avais justement lu le mémoire du Dr Widerström et je me mis à explorer bi-manuellement avec deux doigts introduits dans le vagin et la main extérieure appliquée sur la face intérieure du fond du bassin. Les pressions ainsi exercées faisaient vivement souffrir la malade. Après un traitement de quelques semaines, elle put s'asseoir sans douleurs. Je ne doute pas que j'ai observé là un cas de cellulite du fond du bassin.

Observation VII. (Le Dr Delasus, publiée par Colmaire).

Mme J... est la première malade sur laquelle je fis l'application du traitement pas le massage. Je la soignais depuis six mois pour des accidents classiques de périmétro-salpingite. Je succédais à plusieurs autres médecins, et, comme eux, j'avais épuisé les ressources ordinaires de la thérapeutique gynécologique. Elle avait subi une dilatation utérine, avait refusé un curettage, gardait depuis de

longs mois la chaise longue. Les injections chaudes, l'hydrastis, les modificateurs intra-utérins, rien n'y faisait. Elle était positivement quasi-infirme, pouvait, à grand'peine et au prix de vives douleurs, faire quelques centaines de mètres dans la rue.

L'ovaire et la trompe gauches étaient surtout douloureux et tous les troubles remontaient à son unique accouchement, c'est-à-dire à deux ans.

Après avoir lu le traité de Stapfer, je fus chez elle et l'examinai à nouveau. Voici ce que je constatai :

Je fais à la peau de l'abdomen un gros pli, la malade pousse un cri de douleur. Toute la surface de l'abdomen est ainsi douloureuse, mais surtout autour de la région ombilicale. On sent entre les doigts le tissu cellulaire épaissi, dur, comme granulé, il a perdu toute souplesse.

Mais ce qui domine, c'est la douleur qu'arrache la pression dans un pli.

En explorant plus à fond, je constate encore que cette douleur n'est pas limitée à l'adomen, mais qu'elle existe aussi sur les cuisses, les fesses, les reins.

Partout le pinçon est douloureux, non pas de cette douleur banale, mais d'une douleur spéciale que la malade distingue fort bien de l'autre.

Je m'explique ainsi l'aspect qu'a cette malade, qui semble épaisse, comme bouffie. Elle a vraiment une sorte d'infiltration de tout son système cellulaire. Passant alors à l'exploration interne, je constate que les parois pelviennes sont, elles aussi, très douloureuses à la pression, que le rectum est d'une sensibilité extrême quand on le comprime par le vagin, et tout cela en dehors des troubles des ovaires.

C'était donc un cas bien net de cellulite, sous-cutanée et pelvienne.

J'appliquai à ce cas la méthode recommandée par Stapfer. Le massage fut pratiqué régulièrement pendant trois mois.

La peau de l'abdomen fut massée, pétrie, frictionnée et, en quelques semaines la sensibilité avait disparu.

Tout le corps fut, d'ailleurs, soumis au massage et la malade retira un très grand soulagement.

Le résultat de cette thérapeutique fut en somme le suivant : Mme

J., qui ne bougeait plus, en est arrivée à marcher presque facilement, elle n'est plus une infirme. Si elle souffre encore au moment de ses règles, au moins elle peut vaquer à ses occupations, qui exigent la station debout prolongée. La paroi abdominale est indolore.

Observation VIII. (Le Dr von Alfthan).

M. B. R. W., fonctionnaire, âgé de 50 ans.

Anamnèse : Le malade souffre depuis environ deux ans périodiquement de crises de cardialgie avec anxiété, mais se porte d'ailleurs bien. Les crises sont devenues graduellement plus fortes et plus fréquentes. Pendant ces deux années, le malade a pris alternativement de la digitale et du strophantus sans amélioration considérable.

Status præsens : Constitution vigoureuse, bonne nutrition avec une disposition à de l'obésité, bon teint. Sensibilité très marquée à la palpation du mamelon gauche qui montre, ainsi que la région environnante, des indurations sensibles. Sensibilité à la pression sur les muscles intercostaux. Cellulites sensibles de la paroi abdominale. Les poumons, le cœur, les artères, l'estomac et l'intestin sont en état normal.

Le traitement a consisté en bains chauds, salicylate de soude et massages des affections locales. En moins de deux semaines on a pu constater une amélioration considérable. En cinq semaines, le malade a été complètement guéri. Le traitement a eu lieu en 1895. L'année suivante le malade déclara ne plus avoir eu de crise, mais renouvela le traitement pendant très peu de temps. Depuis lors, je l'ai revu plusieurs fois, en dernier lieu en l'été 1900. Les crises n'avaient plus reparu.

Observation IX. (von Alfthan).

Mme A. A., 36 ans, femme d'un ingénieur. Le traitement commence le 28 juin 1900.

Anamnèse. Au mois de novembre 1899, la malade a souffert d'une affection grave des yeux, qui a cédé à un traitement par le massage et aux antirhumatiques. Au mois de mars 1900 la malade a eu une forte crise d'angine de poitrine. Depuis mars jusqu'au commencement du traitement, la malade a eu quatre crises semblables. Entre

les crises, sensations de pesanteur et d'angoisse. A part cela, la malade se sentait bien et n'avait jamais eu de maladies graves.

Status præsens : Forte constitution, bonne nutrition, petite tendance à l'obésité, bon teint frais.

Des cellulites partout aux *loci prædilectiones* habituels, surtout douloureuses dans les deux seins. Les poumons, le cœur, les artères, l'estomac et l'intestin montrent un état complètement normal.

Le traitement a consisté en bains d'anhydride carbonique et en massage des cellulites de la poitrine et a été d'une durée de six semaines. Pendant la durée du traitement, la malade a été gênée au commencement par deux ou trois faibles crises. Après la fin du traitement elle n'en a plus eu.

Pendant l'été 1901 la malade a suivi aussi le traitement pour les cellulites d'autres parties du corps et pour des myosites des muscles du cou.

Observation X. (Inédite).

Miss B., 19 ans. Bien portante jusqu'à il y a quelques semaines. Elle fit alors une ascension à une hauteur de plus de 2,000 mètres. Elle fut surprise par la pluie et la neige, de telle sorte que ses vêtements, même les bas, furent complètement mouillés. A une altitude plus élevée, une partie des vêtements a même gelé. Les jours suivants la malade a éprouvé de fortes douleurs dans les jambes, surtout dans la droite. Marche très difficile. Son médecin croit à une phlébite et ordonne le repos au lit. Peu d'amélioration.

Elle vint chez moi le 18 mars 1902. Elle peut alors marcher tout au plus une cinquantaine de mètres, mais les douleurs spontanées ont diminué.

Je trouve dans la jambe droite une forte couche d'induration œdémateuse de cellulite tout autour du bas de la jambe, au mollet, et au-dessous et au-dessus du genou, surtout à sa face interne. Je trouve quelques noyaux de cellulites implantés dans la masse œdémateuse, mais ne puis trouver aucune induration caractéristique de phlébite. A la jambe gauche il y a aussi des cellulites, mais moins abondantes et moins fortes.

Le 20 mars je commence le massage et la gymnastique médicale.

Le 22 mars les cellulites sont extrêmement sensibles.

Le 2 avril. Ces jours derniers moins de douleurs spontanées. La malade a marché 200 mètres sans difficulté.

Le 12 avril. La force des jambes a augmenté considérablement. La malade a marché environ 1 kilomètre.

Le 20 avril. La malade a marché 3 kilomètres.

Le 21 mai. La malade ne souffre presque plus.

Le traitement a continué jusqu'au 7 juin, la malade devant partir le lendemain. Plus de douleurs. La malade a pu marcher un jour 8 kilomètres.

Le 20 août je reçois une lettre de la sœur de la malade, disant que celle-ci est complètement guérie et qu'elle a fait sans inconvénient une ascension à pied à une hauteur d'environ 3,000 mètres.

Observation XI. (Inédite).

Comte de B., 49 ans. Adressé par son médecin pour massage pour une sciatique de la jambe gauche. Le malade se plaint de douleurs dans la région fessière et dans toute la hanche gauche et un peu aussi dans la cuisse et quelquefois dans la jambe. Les douleurs sont presque constantes. Le malade est souvent réveillé la nuit par la douleur. La marche est très pénible. Les douleurs ont commencé il y a deux ou trois semaines et sont quotidiennes depuis une dizaine de jours. Surtout ces jours derniers le malade a beaucoup souffert. Rien à droite.

Examen : A la palpation je constate une induration de cellulite dans la région fessière gauche, à l'endroit de la sortie du nerf sciatique, de l'étendue d'une main. Je sens au milieu de l'induration une nodosité de la grandeur d'une noisette. Sur son parcours, dans la cuisse et plus bas, le nerf sciatique n'est pas plus sensible que le nerf de la jambe droite. Le signe de Lasègue manque.

Traitement. Le traitement a commencé le 19 avril 1898 et consiste en

Massage de la cellulite,

Circumduction de la cuisse,

Extension de la cuisse et de la jambe avec résistance.

Le traitement est quotidien.

Le 22 avril le malade a dormi toute la nuit.

Le 24 avril pas de traitement.

Le 25 avril aucune douleur dans la journée non plus.

Le 29 avril pas de traitement. Le malade se sent bien. La cellulite est presque guérie. Le malade subit encore deux massages le 30 avril et le 3 mai. Parti pour Paris.

Observation XII. (Inédite).

M. A. P., 26 ans, envoyé, le 4 février 1910, par son médecin pour massage.

Le malade a fait une ascension de 1,200 mètres. Descente très rapide. Il éprouve pendant la descente une assez forte douleur au talon droit. Le lendemain il ne marche qu'avec difficulté. Chaque pas lui fait mal.

Examen : J'ai trouvé une cellulite péri-tendineuse en forme de tuméfaction cylindroïde, assez douloureuse, au tour du tendon d'Achille, à une hauteur de 2 cm. au-dessus du calcanéum.

Traitement : massage, effleurage et frictions circulaires. Une séance de suite.

Le 5 février. Le malade a mieux marché tout de suite après le massage d'hier. Deux séances aujourd'hui.

Le 6 février. Deux séances. Le malade marche avec beaucoup plus de facilité.

Le 7 février. Pas de massage.

Le 8 février. Un massage, circumduction du pied, flexion dorsale et plantaire du pied.

Le 9 février. Même traitement. Le malade ressent encore un peu de douleur vers le soir pendant la marche.

Le 10 février. Pas de traitement.

Le 11 février. Même traitement que le 9. Le malade ne ressent presque plus de douleur.

Le 12 et le 13, le malade a téléphoné qu'il était bien, mais empêché de venir. Plus de traitement.



BIBLIOGRAPHIE

von Alfthan. — *Om angina pectoris.* Tidskrift i Gymnastik 1901, 1er et 2me nos. Stockholm 1902.

Arvedson. — *Anteckningar i Sjukdomslära.* Stockholm 1904.

Colmaire. — *De la panniculite en Gynécologie,* thèse. Paris 1899.

Cornelius. — *Die Nervenpunktlehre.* Leipzig 1909.

Gendron. — *Trois cas de cellulite ayant donné lieu à des erreurs de diagnostic.* Ref. dans Svenska Gymnastiken i in-och utlandet, VIIme année (1911) mars-avril. Stockholm.

Geoffroy-Saint-Hilaire. — *Des œdèmes abdomino-pelviens en gynécologie.* Paris 1898.

Hogner. — *On cellulitis or panniculitis adiposa and myitis occurring as complications to gynecological diseases.* The medical times and register. Boston, 25 april 1896.

Hédon. — *Précis de Physiologie.* 4me édition. Paris 1904,

Jacobsson. — *Lärobok för massörer och sjukgymnaster.* Stockholm 1906.

Josephson. — *Om den manuela behandlingen of gynekologiska lidanden.* Hygiaea 1891 (Stockholm).

Kjellberg. Om myiter och celluliter på bålen. Stockholm 1898. — *De la panniculite.* Journal des prat., 1900.

Krikortz. — *Contribution à l'étude du rhumatisme musculaire* (thèse). Paris 1900.

Landois. — *Lehrbuch der Physiologie des Menschen.* Leipzig 1893.

Ombrédanne. — *IXe fascicule du Nouveau traité de chirurgie.* Paris 1907.

Smitt. — *Etwas über Myitiden und deren Behandlung.* Svenska Gymnastiken i in-och utlandet, janv.-févr. 1909.

Stapfer. — *Cellulite et myo-cellulite localisée douloureuse.* Ann. de gynéc. et obstétr. 1893. — *Traité de kinésitherapie gynécologique.* Paris 1897.

Testut. — *Traité d anatomie humaine.* 4me édition. Paris 1899.

Tourneux. — *Précis d'histologie humaine.* Paris 1903.

Wetterwald. — *Les névralgies.* Paris 1910.

Wide. — *Handbok i medicinsk gymnastik.* Stockholm 1896.

Widerström. — *Om myiter och celluliter i bäckenbotten.* Hygiaea 1891 (Stockholm).
